

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1025

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre AUDBOURG

Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 14 mars 1914, à Paris (Seine).

Quatre observations de Péritonite
traitées chirurgicalement avec adjonction
d'un composé sulfamidé

Président : M. P. CARNOT, Professeur.

PARIS

AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre AUDBOURG

Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 14 mars 1914, à Paris (Seine).

Quatre observations de Péritonite
traitées chirurgicalement avec adjonction
d'un composé sulfamidé

Président : M. P. CARNOT, Professeur.

PARIS
AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEGER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Maurice VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER. Pathologie médicale.
BARIÉTY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LEVY ..	Pharmacologie.

MM.	
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULE.	
CHABROL.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.	
SEZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale
BROCC.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
MOURE.	
QUENU.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

A MA FEMME

*Qui partagea nos deux dernières années
d'études.*

A MES ONCLES ET TANTES

A TOUS CEUX A QUI JE DOIS DE SOUTENIR
UNE THÈSE AUJOURD'HUI

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR PAUL CARNOT

Professeur de Clinique Médicale.

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Membre de l'Académie de Médecine.

A MES MAÎTRES :

LES PROFESSEURS

CUNEO, FIESSINGER, GUILLAIN

LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

AMELINE, BASSET

LES DOCTEURS

CAROLI, CLEIS J., HUBER, ANDRÉ MARTIN

Les anti-streptococciques ont été introduits dans la thérapeutique sous la forme de sulfamido-chrysoïdine par DOMACK en 1935; ce savant était parti de la notion antérieurement admise d'une action antiseptique des colorants basoques à fonction azoïque; les vérifications cliniques et expérimentales de sa grande activité dans les infections à streptocoques ont amené les auteurs français à en découvrir et préciser le mécanisme exact.

Madame et Monsieur TRÉFOUEL, NITTI et BOVET ont montré que dans cette molécule complexe la fonction azoïque, qui lui confère son caractère colorant, est sans activité anti-streptococcique; le pouvoir thérapeutique antibactérien appartient à la molécule para-amino-phényl-sulfamide; ces notions ont été ensuite confirmées à l'étranger, notamment par ROSENTHAL, BUTTLE, O'MEARA, LONG et BLISS.

A l'appui de ces recherches FULLER a réussi à isoler la para-amino-phényl-sulfamide dans le sang et l'urine des malades soignés par la sulfamido-chrysoïdine et il a pu l'obtenir à l'état cristallisé.

La destinée de la sulfamido-chrysoïdine dans l'organisme peut se traduire ainsi :

Sulfamido-chrysoïdine = para-amino-phényl-sulfamide + triaminobenzine.

L'organisme, par son activité cellulaire propre, réduit la double liaison azoïque — $N=N$ — et, par hydrogénation, dédouble le complexe azoïque colorant, qui est coupé en :

1) *Para-amino-phényl-sulfamide*; sulfamide blanche, qui est l'élément thérapeutique actif;

2) *Tri-amino-benzène*, 1-2-4.

BOVET et NITTI, ayant constaté la production de phénomènes allergiques par absorption de sulfamido-chrysoïdine, ont démontré que le tri-amino-benzène, formé secondairement était responsable de la sensibilisation.

Ces constatations nous ont conduit à expérimenter les effets d'un produit sulfamidé bien défini, le 1-162 F dans quelques cas d'infection post-abortum et deux cas plus intéressants de péritonite.

La para-amino-phényl-sulfamide a fait l'objet de recherches qui ont précisé sa destinée dans l'organisme.

FULLER a établi qu'après ingestion par la bouche, ce composé passe immédiatement dans le sang, le liquide céphalo-rachidien et les urines; il y est parfaitement dosable et peut même y être obtenu à l'état cristallisé.

La méthode de dosage est simple; elle est intéressante à connaître puisqu'elle consiste à faire chimiquement l'opération inverse de celle qui est réalisée par l'organisme au moment où il scinde une molécule sulfamidée complexe, comme par exemple la sulfamido-chrysoïdine, en para-amino-phényl-sulfamide et

tri-amino-benzène. On emploie comme réactif la diméthyl-nophtylamine qui forme avec la sulfamide une combinaison rouge foncé, dosée colorimétriquement.

MARSHALL, EMERSON, CUTTING ont établi les courbes comparatives de concentration dans le sang et le liquide céphalo-rachidien chez le chien auquel on administre par la voie buccale 0 gr. 10 de para-amino-phényl-sulfamide par kg.

Les courbes comparatives, reproduites ci-dessus, montrent que l'absorption de la para-amino-phényl-sulfamide prise par la bouche est immédiate, qu'elle atteint son maximum vers la troisième heure et décroît ensuite; l'élimination totale est effectuée en vingt-quatre heures.

Le dosage de la para-amino-phényl-sulfamide a permis à COLEBROOK de démontrer que le pouvoir bactéricide des liquides organiques s'accroît considérablement par l'absorption de ce corps; ce pouvoir augmente en même temps que s'élève la concentration en sulfamide et il est directement proportionnel à la quantité de para-amino-phényl-sulfamide ingérée.

Les travaux de LEVADITI et VAISMAN, ont établi qu'à côté d'une puissante action anti-bactérienne, les sulfamidés exercent une action neutralisante vis-à-vis de certaines endo-toxines microbiennes. Si on injecte des gonocoques dans le péritoine de souris, celles-ci meurent soit de septicémie gonococcique, soit d'une intoxication provoquée par les endotoxines du gonocoque, cette seconde éventualité étant prouvée par le

fait qu'on ne trouve plus aucun germe dans la cavité péritonéale; ils ont tous subi une lyse intra ou extracellulaire.

Or la para-amicro-phényl-sulfamide assure la guérison de l'infection gonococcique dans l'un ou l'autre cas; il s'en suit que cette chimiothérapie est à la fois antimicrobienne et antiendotoxique.

Ces recherches établissent que l'administration par voie buccale de para-amino-phényl-sulfamide, réalisé la thérapeutique curative des diverses infections dues au gonocoque, streptocoque, ménogocoque, pneumocoque par un double mécanisme.

a) un facteur antimicrobien, anti-infectieux proprement dit.

b) un facteur anti-endotoxinique.

La portée de ces constatations expérimentales est immense puisqu'elle introduit la notion nouvelle de chimiothérapie anti-endotoxique des sulfamides, d'action comparable à la sérothérapie antitoxique, et qui se surajoute à son pouvoir bactéricide.

C'est ainsi que nous avons été amenés à expérimenter un produit sulfamidé dans différents cas où le gonocoque, le streptocoque et de nombreux germes banaux étaient en cause.

Nous n'avons retenu que quelques observations, prises durant nos fonctions d'externe dans un service de chirurgie.

La première de ces observations est intéressante par le fait que nous avons associé à la thérapeutique

par voie buccale, une thérapeutique par voie intraveineuse.

Quel était ce produit injectable ?

Un campho-sulfonate de sulfamide, équimoléculaire.

Ce produit présentait à nos yeux deux avantages :

1) Sa solubilité.

2) L'action combinée du camphre et du sulfamidé.

Nous comptions obtenir de cette combinaison, l'action anti-bactérienne et anti-toxinique du sulfamidé et l'action eupnéique du camphre.

Nous injectons par la voie intraveineuse, dix centimètres cubes du produit en solution à dix pour cent, soit un gramme de sulfamide et un gramme d'acide campho-sulfonique. Il nous est arrivé d'injecter de la sorte, jusqu'à trois grammes dans la journée. L'injection, effectuée très lentement en deux à trois minutes s'est toujours passée sans incident. Toutefois, dans le cas suivant, il nous a semblé pouvoir imputer au médicament un certain état nauséeux, allant à deux ou trois reprises, jusqu'au vomissement et survenant toujours une demi-heure, environ après l'injection.

OBSERVATION N° 1.

Perforation d'ulcus gastrique.

Monsieur Boi..., Alfred, 41 ans.

Le malade, âgé de 41 ans, entre d'urgence, vers vingt-deux heures le 3 juin 39.

Il a été pris dans le courant de la journée d'une douleur abdominale atroce, qui lui a fait perdre connaissance. Revenu à lui, il se sent très faible et vomit à deux reprises. On fait appeler un médecin qui le fait entrer aussitôt dans le service du Professeur agrégé BASSET, à l'hôpital Brousseau.

A l'examen :

Le malade est très affaibli. Les yeux sont cernés, le nez pincé, le teint est terreux.

Le pouls, petit, est à 140 à la minute.

La température est à 39°.

Le malade indique du doigt l'endroit où il a ressenti la douleur initiale, épigastrique.

L'infection de l'abdomen à jour frisant montre qu'il ne respire pas. La palpation, effectuée doucement, est douloureuse, elle amène des nausées; le ventre se défend. Devant ce tableau clinique, l'intervention est décidée. Anesthésie : Schleich. Durée de l'intervention : cinquante minutes.

Laparotomie médiane sus-ombilicale, qui donne issue à un épanchement fétide, alimentaire, d'un demi-litre environ.

On découvrira une perte de substance siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la petite courbure, empiétant sur la face antérieure de l'estomac, de la grosseur d'une lentille.

Ayant un instant envisagé la gastrectomie, le chirurgien se contente de coapter les bords de la perforation et il ferme en un plan, au fil de bronze, drain et mèche.

Les suites de l'intervention apparaissaient normales dans les trois premiers jours. Seule était notée une agitation extrême du malade.

Le 4 jour (7 juin), ascension thermique soudaine et brutale à 40°6. Malaise, syncope, frissons répétés. C'est dans la nuit du 7 au 8 juin que nous pratiquons la première injection de dix centimètres cubes de la solution à dix pour cent de camphosulfonate de sulfamide.

Deuxième injection identique dans la matinée. On note une amélioration sensible de l'état général et une chute à 38°5 de la température.

Le 10 juin, nouvelle ascension thermique à 39°6. Nous pratiquons une troisième injection du produit. Le 11 juin, enregistrant la chute de température consécutive à l'injection précédente, on procède au cours de la journée à deux injections; chaque injection étant toujours de dix centimètres cubes à dix pour cent.

Le 12 juin, nouvelle et dernière injection.

Le malade s'améliore très nettement et le 14 juin, la température se fixe vers 36°5 le matin, 37°2 le soir.

Le camphosulfonate de sulfamide a donc été injecté à dix reprises. L'injection intraveineuse, pratiquée lentement, n'a jamais été douloureuse et n'a jamais donné lieu à un incident ou accident local.

Du point de vue général et en ce qui concerne ce malade, nous avons remarqué à quatre reprises, qu'il survenait une demi-heure après l'injection un vomissement glaireux, émis sans aucun effort. Ce malade a donc reçu par voie intra-veineuse *six fois* : un gramme de sulfamide (1.162 F) + un gramme de camphosulfonate.

Il semble bien que le médicament ait eu une action favorable, chez ce malade considéré comme perdu, trois jours après l'intervention.

L'observation suivante est bien différente, il s'agit d'une pelvi-péritonite suppurée aiguë à gonocoques. Là encore, le traitement par les sulfamidés, ne fut pas contemporain de l'intervention et ne fut ordonné que devant des suites opératoires anormales. Nous avons pu, chez cette malade, pratiquer différents examens de laboratoire, entre autres plusieurs formules sanguines, intéressantes en ce sens que la monocytose, toujours signalée au cours des traitements par les sulfamidés, fut marquée et d'autant plus nette que l'on approchait de la convalescence.

OBSERVATION N° 2.

Pelvi-péritonite à gonocoques opérée.

M^e Mireille Hau..., 27 ans.

La malade entre d'urgence le 30 juin 1937, dans le service de chirurgie. Sa température est à quarante degrés, son pouls à 110. L'examen est difficile étant donné l'état de shock de la malade.

Le toucher vaginal révèle peu de renseignements, si ce n'est un empâtement des culs de sac qui bombent légèrement sous le doigt.

La percussion douce du flanc droit révèle une motité circonscrite et la palpation la sensation de bois caractéristique.

Devant ce tableau, complété par un état nauséeux, l'intervention est décidée.

Anesthésie : Schleich. Laparotomie médiane sous-ombilicale qui montre un petit bassin partiellement envahie de pus épais, jaune, verdâtre venant d'une annexite droite rompue; quelques légères adhérences.

Drain et mèche.

La température reste stationnaire après l'intervention et se maintient au voisinage de 40°. L'écoulement continue, rebelle aux lavages jusqu'au 8

juillet. A cette date est ordonné un traitement chimique antibactérien sous forme de 1.162 F par voie buccale. La malade reçoit, en doses fractionnées au cours des 24 heures : six grammes, soit douze comprimés de sulfamide dosés à cinquante centigrammes. Cette dose sera maintenue trois jours. A partir du 4^e jour, on diminuera la dose de deux grammes, soit quatre comprimés par jour; si bien qu'en sept jours, la malade aura absorbé vingt-quatre grammes de sulfamide.

Le 30, deux jours après la première prise, la température devient oscillante et se fixe sur 37°6 le 2 août. La malade sort, sur sa demande, apparemment guérie le 12 de ce mois.

La gono-réaction pratiquée chez cette malade après l'intervention avait été très fortement positive (+++).

Le pus prélevé lors de la laparotomie était constitué par :

très nombreux leucocytes,
très nombreux diplocoques,
Gram + négatifs, dont plusieurs introleucocytaires.

Neisser probable.

Un prélèvement au niveau du col utérus avait montré :

Très nombreux leucocytes. Cellules épithéliales.

Nombreux diplocoques, forme de résistance intraleucocytaire. Neisser.

Au niveau du méat et du vagin :

Rares leucocytes.

Germes banaux variés.

Quelques gros diplocoques gram +.

Les formules sanguines donnèrent :

Le 5 juillet :

Hématies	3.500.000
Leucocytes	18.000
Poly. neutro.	77
Eosino.	2
Mononucléaires	17
Monocytes	2
Lympho.	3

Le 30 juillet :

Hématies	3.500.000
Leucocytes	12.000
Poly. neutro.	60
Eosino	3
Mononucléaires	29
Monocytes	6
Lympho.	2

Le 5 août :

Hématies	4.000.000
Leucocytes	8.000
Poly. neutro.	67
Eosino.	3
Mononucléaires	24
Monocytes	4
Lympho.	2

Dans cette observation nous notons encore la coïncidence entre la température qui devient oscillante et l'administration de sulfamide. Contrairement à l'observation précédente, l'administration se fit uniquement per os. L'action du produit nous est apparue également certaine.

Perforations utérines post-abortives.

Les deux observations suivantes se rapportent à deux cas de perforation utérine au cours de manœuvres abortives. L'une des deux malades, la première, fut opérée après un curettage qui n'amena pas d'amélioration alors que l'on croyait à une simple rétention; l'autre malade ne fut pas opérée devant la gravité de son état et l'inutilité d'un geste chirurgical; elle fut entièrement traitée par la chimiothérapie, sans succès d'ailleurs. Cet échec était certain et ses raisons nous en furent données lorsque nous pratiquèrent la vérification nécropsoque.

La première de ces deux malades avoue des manœuvres abortives consistant en l'introduction d'une sonde et l'injection répétée de permanganate de potassium et d'eau de savon.

OBSERVATION N° 3.

Mlle Jacqueline Rah..., 20 ans.

Exerçant le métier de bonne à tout faire, la malade, âgée de 20 ans, entre dans le service le 12 juillet pour des métrorragies accompagnées de douleurs et de fièvre.

Histoire de la maladie :

La malade présentait à son entrée un retard de règles de trois mois environ. Après une tentative d'avortement, elle a commencé à perdre du sang. Cette métrorragie, d'abord indolore, s'est bientôt accompagnée de vives douleurs siégeant dans le bas-ventre et de fièvre. La température est en effet à 39°5, le jour de son hospitalisation.

A l'examen : Le toucher vaginal montre un col entr'ouvert, mou, un utérus douloureux à la palpation.

13 juillet : Pose de deux lamineaires.

14 juillet : Pose de deux nouvelles lamineaires.

15 juillet : Curettage.

A la suite du curettage, la température baisse légèrement pour remonter à 40° le deuxième jour. Au cours d'un frisson, on pratique une hémoculture qui se montrera négative.

Une formule sanguine montre le 20 juillet :

Hématies	2.500.000
Leucocytes	35.000
Polynucléaires neutro.	94 %
Mononucléaires	2 %
Monocytes	2 %
Lymphocytes	2 %

La courbe de température présente de grandes oscillations. En même temps apparaissent des pertes vaginales séro-sanguinolentes extrêmement fétides et des douleurs vives dans le bas ventre.

A l'examen. Toucher vaginal : utérus gros, mou, horriblement douloureux à la palpation, col entr'ouvert. Les culs de sac sont douloureux, empâtés. Le doigtier ramène des pertes purulentes, striées de sang noirâtre, d'odeur infecte.

Le 24 juillet on décide l'intervention : hystérectomie totale par voie abdominale.

L'examen de la pièce devait révéler une petite perforation en étoile du fond utérin.

On établit une numération et une formule qui montrent :

Hématies	2.000.000
Leucocytes	25.000
Poly. neutro.	75
— éosino.	1
Mononucléaires	18
Monocytes	3
Lymphocytes	3

Le jour même on procède à une transfusion sanguine de 300 cm³ et on ordonne un traitement anti-infectieux par un sulfamidé : huit comprimés soit quatre grammes de sulfamide par jour pendant cinq jours, puis deux grammes pendant cinq jours. La malade a donc reçu trente grammes de sulfamide par la bouche.

Le 27, soit trois jours après le début du traitement, la température revient à la normale avec de très faibles oscillations.

Le 4 août, nouvel examen sanguin :

Hématies	3.800.000
Leucocytes	7.600
Poly. neutro.	60
— éosino.	1
Mononucléaires	27
Monocytes	8
Lymphocytes	4

Dans cet exemple, l'amélioration suit encore le traitement par un composé sulfamidé, mais contrairement à notre première observation la chimiothérapie est contemporaine de l'intervention.

L'observation n° 4 que je ne relaterai pas dans ses détails aurait trait à une jeune femme, amenée de province dans le service à la suite de manœuvres abortives. Nous avons vu cette malheureuse, huit jours après la tentative qui fut paraît-il infructueuse. Les pertes sanguines avaient cessé depuis trois jours, la fièvre se fixait à 40° et plus, et la malade à son

entrée avait le faciès qui dénotait la gravité de son infection, quelques vésicules d'herjès complétait le tableau. L'examen de l'abdomen le montrait dilaté, extrêmement dur, le toucher vaginal révélait un empâtement des culs de sac et ramenait des débris fétilides.

Aucune intervention n'est tentée, pas même une coljotomie. La malade est soumise à un traitement hémothérapique intense et l'on associe chez elle la voie buccale et la voie intraveineuse. C'est ainsi qu'elle prendra quatre per os quotidiennement et qu'elle recevra deux injections par jour de dix centimètres cubes de camphosulfonate de sulfamide à dix pour cent. La malade suivra par ailleurs un traitement tonique, mettra huit jours pour mourir. A l'autopsie, nous avons trouvé un moignon purulent quelque peu cloisonné par de nombreuses adhérences aux intestins, occupant le petit bassin. Ce qui restait de l'utérus, une fois ouvert, nous montra l'absence d'œuf et une toute petite déchirure de la face postérieure de l'utérus dans sa partie moyenne.

En dehors de ce cas il nous a été donné à maintes reprises de constater l'aide efficace apporté par les sulfamidés dans de nombreux épisodes fébriles à la suite d'avortement. A trois ou quatre repas, l'administration de sulfamide, en faisant tomber la fièvre rendit inutile une révision utérine.

Tous nos malades ont reçu des doses importantes de sulfamide. La règle générale veut que la posologie

moyenne sont de deux grammes à trois grammes par jour. Nous avons donné beaucoup plus chaque fois, l'amélioration s'est fait sentir dans les vingt-quatre heures.

Une expérimentation clinique importante nous avait conduit, en ce qui concerne les malades ambulants à être prudent dans l'emploi et la posologie des sulfamidés et il nous était arrivé à plusieurs reprises de noter des incidents et même des accidents; l'action du produit était moins nette, mais il s'agissait d'affections gynécologiques chroniques.

CONCLUSIONS

Nous avons pu constater l'action du composé sulfamidé qu'il nous a été donné d'expérimenter sous ses deux formes. L'apport thérapeutique de ce produit nous semble efficace, en particulier dans les deux premières observations publiées, où la convalescence paraît avoir été hâtée, sinon déclenchée, par le traitement chimique.

Celui-ci constitue à nos yeux une thérapeutique adjuvante certaine; le traitement chirurgical restant indispensable; cette thérapeutique s'étant montrée insuffisante dans notre quatrième observation.

.....

Nous aurions souhaité pouvoir continuer l'expérimentation que nous avons commencée, surtout en ce qui concerne le comphosulfonate de sulfamide; nous avons pensé que cette combinaison pouvait devenir intéressante; c'est du moins ce que nous permettait de croire quelques observations que nous n'avons pu malheureusement convoquer dans cette présente thèse.

Que nos maîtres et nos lecteurs veuillent bien excuser cette publication qui doit aux circonstances d'être prématurée.

20 septembre 1939.

Vu : Le Président de Thèse,

P. CARNOT.

Vu : Pour le Doyen,

L'assesseur,

A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

